http://jcp.khu.ac.ir

فصلنامه روانشناسی شناختی دوره ۵، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۶ مقاله علمی- پژوهشی

اثربخشی راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان در بهبود کارکردهای اجرایی و افزایش کیفیت زندگی در معتادان بهبود یافته مراکز کاهش آسیب (DIC)

***عبدالله برهانی:** (نویسنده مسئول)، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. meysamborhani9@gmail.com

علیرضا مرادی: استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

مهدی اکبری: استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

روژین میرانی: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۲۶ پذیرش اولیه: ۱۳۹۶/۰۲/۱۹ پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۰۳/۰۱

چکیده

اعتیاد اثرات منفی زیادی بر جنبه‌های مختلف روانی و اجتماعی افراد دارد. در واقع اعتیاد یک بیماری مزمن است که عوامل گوناگون زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی در آن تأثیر دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان در بهبود کارکردهای اجرایی و افزایش کیفیت زندگی در معتادان بهبود یافته مراکز کاهش آسیب شهر کرج است. روش پژوهش در چارچوب طرح‌های آزمایشی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. نمونه مورد نظر شامل ۲۴ مرد از معتادان بهبود یافته مراکز کاهش آسیب شهر کرج بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. گروه آزمایش برنامه راهبردهای نظم جویی هیجان مبتنی بر مدل گروس به مدت ده جلسه گروهی دریافت کردند در حالیکه گروه کنترل تا پایان طرح هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. برای جمع آوری اطلاعات از آزمون دسته بندی کارت‌های ویسکانسین و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و برای تحلیل یافته‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج نشان دادند که آموزش راهبردهای تنظیم فرآیندی هیجان موجب ارتقا کارکردهای اجرایی و افزایش کیفیت زندگی در افراد گروه آزمایش شد. آموزش راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان تلویحات کاربردی مفیدی در درمان و پیشگیری از عود اعتیاد دارد.

کلیدواژه‌ها: راهبردهای تنظیم فرآیندی هیجان، کارکردهای اجرایی، کیفیت زندگی، اعتیاد، مراکز کاهش آسیب.

Journal of Cognitive Psychology, Vol. 5, No. 2, Summer 2017

The Effectiveness of Process Emotion Regulation Strategies in Improvement on Executive Functions and Quality of Life in Recovered Addictions in Drop in Centers

***Borhani, A.** (Corresponding author), MA Student of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. meysamborhani9@gmail.com

Moradi, A.R. Professor, Department of Psuchology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Akbari, M. Assistant Professor, Department of Psuchology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Mirani, R. MA Student of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Abstract

Addiction has negative effects on people's psychological and social aspects. In fact, addiction is a chronic disease that causes various biological, psychological and social impact of. The aim of current study was Effectiveness of process emotion regulation strategies in improvement on executive functions and quality of life in recovered addictions in drop in centers. The method of this research is experimental that we used pre-tests and post-tests with control group. The sample consisted of 24 male of recovered addictions in drop in centers that selected with accessible sampaling and randomly they have been appointed in experimental and control group. Experimental group received emotion regulation strategies based on gross model for ten sessions, while the control group don,t take any intervention. The information were assessed via Wisconsin card sorting test and quality of life questionnaire.The data were analyzed by analysis of multivariate covariance. The results show that process emotion regulation strategies improve executive functions and increase quality of life in experimental group. Process emotion regulation strategies suggest positive clinical implications in substance abuse treatment and relapse prevention.

Keywords: Process emotion regulation, Executive function, Quality of life, Addiction, Drop in centers (DIC).

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.1.7]

مقدمه

یکی از موارد جدی تهدید کننده سلامت که در سال های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی، از سوی سازمان های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست گذاران اجتماعی به عنوان یکی از مهم ترین مشکلات در جامعه مورد توجه قرار گرفته است، شیوع اعتیاد و رفتارهای پرخطر در میان اقشار مختلف است (فرگوسن[1] و همکاران، ۲۰۰۹). در بررسی سبب شناسی سوء مصرف مواد و بازگشت پس از درمان، محققان و نظریه پردازان مختلف، نقص در تنظیم هیجان، تحمل پایین ناراحتی، اجتناب هیجانی، رفتارهای بدون تفکر و عادتی، نشخوار فکری، سوگیری نسبت به نشانه های مواد، خودکارآمدی پایین، نقص در مهارت های مقابله ای و خطای معنوی را عنوان نموده اند (بلوم[2]، ۲۰۰۵؛ به نقل از بابایی، ۱۳۹۱). سطح پایین نظم‌جویی هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله موثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌هاست در شروع مصرف مواد نقش دارد (پارکر[3] و همکاران ۲۰۰۸).

از جمله تأثیرات مخرب اعتیاد و سوء مصرف مواد، می توان به کاهش کیفیت زندگی افراد در اثر تبعات این اختلال بر زندگی فردی و اجتماعی اشاره کرد.طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی به معنای ادراک فرد از موقعیت زندگی خود در زمینه فرهنگ و نظام های ارزشی که در آن زندگی می کند و در رابطه با اهداف، انتظارات، معیارها و دل مشغولی های اوست. در این تعریف مؤلفه های سلامت جسمی، وضعیت روان شناختی، سطح استقلال و روابط اجتماعی در ارتباط با خصوصیات بارز محیطی به شیوه نظام مند و مؤثر در سایه ی تفاوت های بین فرهنگی لحاظ شده و در کل کیفیت زندگی به قضاوت ادراک شده فرد در مورد اینکه چقدر از زندگی خود راضی است اشاره دارد (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۰). مطالعات نشان داده اند که در افراد معتاد به مواد افیونی همپوشی علائم روانپزشکی بخصوص افسردگی و اضطراب رابطه منفی با کیفیت زندگی دارند. سوء مصرف کنندگان هرویین که مبتلا به اختلال شخصیت هم بودند کیفیت زندگی پایین تری را نسبت به معتادانی که اختلال شخصیت نداشتند نشان داده اند. شروع و سابقه مشکلات خانوادگی و اجتماعی از دیگر عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در اعتیاد طولانی مدت به اپیوت ها می باشد. بنابراین همه مطالعات انجام شده مشخص کرده اند که سوء مصرف مواد مخدر با کیفیت زندگی پایین تر همراه است (ونتیگت و مریک[4]، ۲۰۰۳؛ به نقل از پورنقاش تهرانی و همکاران، ۱۳۹۱).

یکی دیگر از کارکردهای روان شناختی فردی که در اثر سوء مصرف مواد دچار اختلال می شود می توان به کارکرد های اجرایی اشاره کرد.کارکردهای اجرایی مربوط به فرایند کنترل شناختی چندبعدی است که شامل توانایی ارزیابی، سازماندهی و دستیابی به اهداف است.هم چنین ظرفیتی برای انعطاف پذیری رفتارهای سازگارانه، زمانی که با یک مشکل و موقعیت جدید مواجه می شوند، می باشد. نتایج پژوهش های رشد شناختی نشان می دهد که رشد تنظیم هیجانی به طور قوی توسط چندین هسته از کارکردهای اجرایی مثل کنترل توجه، بازداری رفتارهای نامناسب، تصمیم گیری و دیگر فرایند های شناختی سطح بالا حمایت شده است (تاتنهام[5]، هری و کیسی[6]، ۲۰۱۱) شواهد چندین مطالعه مختلف نشان می دهد که رشد جنبه هایی از کارکردهای اجرایی مثل بازداری کنترل شده و توجه اجرایی، به طور قوی با افزایش درک هیجانی و تنظیم هیجان در ارتباط است (سیموند[7] و همکاران، ۲۰۰۷). رشد علوم شناختی از این ادعا که کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی در ارتباط با یکدیگر هستند حمایت می کند. هیجان و شناخت به شکل پیچیده ای به یکدیگر متصل هستند و هردو برای پردازش اطلاعات و اجرای عمل کار می کنند (بل و ولفه[8]، ۲۰۰۷). بعلاوه محتمل است که تنظیم هیجان و کارکردهای اجرایی هردو برهم تأثیر بگذارند. هیجان می تواند برای کمک به سازماندهی افکار شخص، یادگیری و عمل استفاده شود و فرایندهای شناختی هم از تنظیم هیجانات شخص بازخورد می گیرند (دیلون، ۲۰۰۹). هیجان در تمام اختلالات عاطفی نقش بسزایی دارد. ناهماهنگی هیجانی در اکثر اختلالات روانی بروز می کند (آلداو، ۲۰۱۰).

توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند (ترینیداد[9] و جانسون[10]، ۲۰۰۲). هرچند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند اما افراد قادرند بر

[1]. Fergosen
[2]. Blum
[3]. Parker
[4]. Wenting@Merik
[5]. Tatenham
[6]. Heri@ kasy
[7]. Simond
[8]. Bell@Wolphe
[9]. Trinidad
[10]. Johnson

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.1.7]

شیوه‌هایی که این هیجانها را ابزار می کنند اثر بگذارند این توانایی که تنظیم هیجان نامیده می شود به فرایندهایی اشاره دارد که بر هیجان های کنونی فرد و چگونگی تجربه و ابراز آنها اثر می گذارد(گروس، ۲۰۱۰).مدیریت موثر هیجان‌ها، عبارت است از: ۱. تسکین و آرام ساختن خود به هنگام ناراحتی؛ ۲. اعمال خودکنترلی؛ ۳. مدیریت خشم؛ ۴. کنترل تکانه‌ها؛ ۵. ابراز هیجان‌ها در زمان و مکان مناسب؛ ۵. اجتناب از اضطراب، خشم و افسردگی مداوم؛ ۷. اداره کردن ناکامی‌ها و مشکلات اجتناب ناپذیر زندگی؛ ۸. جلوگیری از سایه افکندن هیجان‌های منفی بر روی قضاوت و توانایی حل مسأله؛ ۹. تحمل ناکامی و ۱۰. پذیرش و ارزش گذاشتن به خودمان (کلارک[1]، ۲۰۰۱؛ رستمی و نیلوفری، ۱۳۸۹). از آنجا که تنظیم هیجان نقش محوری در تحول بهنجار داشته و ضعف آن، عاملی مهم در ایجاد اختلال های روانی به شمار می رود، نظریه پردازان بر این باورند، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجاناتشان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه های تشخیصی اختلالات روانی را نشان می دهند و کیفیت زندگی در این افراد افت قابل ملاحظه ای خواهد داشت (کلبر[2]، ۲۰۰۹).

هسته مرکزی درمان در این پژوهش آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گروس (۲۰۰۳) می باشد. گروس بر اساس مدل کیفیت تولید هیجان، مدل فرایند نظم جویی هیجان را ارائه کرد که مدل اولیه شامل پنج مرحله (شروع، موقعیت، توجه، ارزیابی و پاسخ) می باشد. به اعتقاد گروس هر مرحله از فرایند تولید هیجان، یک هدف نظم دهی بالقوه دارد و فرایندهای تنظیم هیجان، می توانند در نقاط مختلف این فرایند اعمال شوند (گروس و تامپسون، ۲۰۰۷). گروس بر اساس مدل اولیه، مدل فرایند نظم جویی هیجان را ارائه کرد و پنج نقطه از مراحل تولید هیجان را مشخص کرد که هر نقطه، محل اعمال یک خانواده از فرایندهای نظم دهی هیجان است. این پنج نقطه شامل انتخاب موقعیت (اجتناب)، اصلاح موقعیت (خوداظهاری)، گسترش توجه (حواس پرتی)، تغییر شناختی (بازارزیابی) و تعدیل پاسخ (بازداری)، می باشد. در شروع یک هیجان عواملی وجود دارد که فرد را در موقعیت برانگیختگی هیجانی قرار می دهد یا او را از آن موقعیت دور می کند (اجتناب). در مرحله دوم یا اصلاح موقعیت، می توان در فرایند تولید هیجان تغییراتی ایجاد کرد. در این مرحله یکی از راهبردهای تنظیم هیجان، خوداظهاری می باشد. در مرحله سوم (توجه) یکی از راههای ایجاد تغییر و نظم جویی هیجان، تغییر جهت و یا گسترش توجه می باشد. سه شیوه گسترش توجه شامل حواس پرتی، تمرکز و نشخوار فکری است (گروس و تامپسون، ۲۰۰۷). از بین این فنون، حواس پرتی یکی از فنون فراشناختی تنظیم هیجان به حساب می آید (پاپاجورجیو[3] و ولز، ۱۳۸۶). فرد با تمرکز، توجه خود را تماماً روی موقعیت یاجنبه خاصی از آن تشدید می کند و نشخوار فکری شامل تمرکز توجه روی احساسات و پیامدهای آن است. در چهارمین مرحله از مراحل تولید هیجان (ارزیابی)، ایجاد تغییرات شناختی، وظیفه نظم جویی بخشی در این مرحله است و یکی از راهبردهای آن، بازارزیابی شناختی است. آخرین مرحله، مرحله پاسخ دهی است و تعدیل پاسخ آخرین بخش از فرایند نظم جویی هیجان را تشکیل می دهد (گروس و تامپسون، ۲۰۰۷).

در مطالعه‌ی اکسلرود[4]، پرپلتیکوا[5]، هولتزمن[6] و سینها[7](۲۰۱۱) که به بررسی نظم‌جویی هیجان و فراوانی سوءمصرف مواد در زنان مبتلا به سوءمصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی دریافت کننده رفتاردرمانی دیالکتیکی پرداخته‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که نظم‌جویی هیجان بهبود یافته نه تنها موجب بهبود خلق بلکه همچنین با کاهش فراوانی سوءمصرف مواد مرتبط بود. همچنین سزاز[8]، سزانسوگوتی[9] و هوفمن[10](۲۰۱۱) در مطالعه‌ای که به بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی هیجان بر وسوسه سیگارکشیدن، سوگیری توجه و هیجانات منفی پرداخته‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که افرادی که از راهبردهای بازارزیابی بیشتر استفاده می‌کردند وسوسه کمتر، عاطفه (هیجان) منفی کمتر و سوگیری توجه کمتری را در برابر نشانه‌های سیگار کشیدن نشان دادند. در مطالعه دیگری دیمف و کورنر (۲۰۰۷) نشان داده‌اند که مصرف کنندگان مواد در نظم‌جویی هیجاناتشان مشکل دارند ویا اینکه حالات هیجانی منفی‌شان سبب تسریع استفاده از مواد می‌گردد. در واقع مدیریت هیجان ها به منزله فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر

[1] .Clark
[2] .Kleber
[3] .Papageorgiou
[4] .Axelrod
[5] .Perepletchikova
[6] .Holtzman
[7] .Sinha
[8] .Szasz
[9] .Szentagotai
[10] .Hofmann.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.1.7]

واکنش های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می تواند فرد را در برابر اختلالات روانی آسیب پذیر سازد (گارنفسکی و کرایج[1]، ۲۰۰۳). بنابراین می توان گفت که تنظیم هیجان عامل کلیدی و تعیین کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش می باشد (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱)، که در سازگاری با رویدادهای تنیدگی زای زندگی نقش اساسی ایفا می کند (گروس[2]، ۱۹۹۸) تا جایی که می توان گفت که تنظیم هیجان بر کل کیفیت زندگی فرد اثر می گذارد (مشهدی، میردورقی و حسنی، ۲۰۱۲). در واقع نتایج پژوهش ها نشان می دهد که نظم جویی مؤثر هیجان ها دارای پیامدهای مطلوبی بر بهداشت روانی، بهزیستی روان شناختی، سلامت جسمانی و روابط بین فردی می باشد (ریف و سینگر، ۱۹۹۸؛ به نقل از حسنی، ۲۰۱۲).

در عصر حاضر به علت پیشرفت های فناوری و تأثیر مستقیم آن بر کیفیت زندگی انسان، پرداختن به مسئله ی سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن اهمیت ویژه ای یافته است. و تأمین سلامتی افراد جامعه از مهم ترین مسائل اساسی در هر کشوری محسوب می شود. مطالعات علمی وسیعی که در این زمینه صورت می گیرد، می تواند با شناسایی دقیق تر عوامل تهدیدکننده ی سلامتی و رفع ابهامات و پیچیدگی های مربوط به بیماری شناسی، کیفیت و سبک زندگی و علل آسیب های اجتماعی، راهگشای برنامه های ارتقا سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی باشد (نیل و کریستینسن[3]، ۲۰۰۹). با عنایت به شیوع گسترده و وسیع انواع مواد روانگردان در کشور بویژه در میان اقشار جوان ضرورت کنترل و مهار این پدیده در ابعاد مختلف اجتناب ناپذیر است. هر چند در سالهای اخیر تلاشهای علمی در دو جنبه بنیادی و کاربردی در چالش با این معضل قابل ملاحظه بوده است، لکن نظر به حساسیت موضوع ارائه روشهای درمانی و آموزشی متنوع می تواند بسیار موثر باشد. پژوهش حاضر نیز در این راستا قابل ارزیابی بوده بویژه آنکه به دو جنبه اساسی سلامت روان‌شناختی یعنی هیجان و شناختی (کارکردهای اجرایی) و بازپروری آنها می پردازد. این پژوهش هم از جنبه بنیادی و هم کاربردی به مساله درمان اعتیاد پرداخته است به بیان دیگر با توجه به رابطه تنظیم هیجان با مؤلفه های کارکردهای اجرایی (برنامه ریزی، حل مساله، بازداری کنترل شده، حافظه کاری و...) و تاثیر هیجان و شناخت در کیفیت زندگی انسان، این پژوهش بر آن است تا اثر بخشی آموزش راهبردهای تنظیم فرایندی هیجان را بر بهبود کارکردهای اجرایی و افزایش کیفیت زندگی در افراد بهبود یافته مراکز کاهش آسیب (DIC) بررسی نماید.

روش

طرح پژوهش

پژوهش حاضر در قالب یک طرح تجربی (آزمایشی) که پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل نامیده می شود، صورت می گیرد. این طرح از دو گروه آزمودنی تشکیل شده است که شامل یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل می باشد. هر دو گروه در طول اجرای برنامه درمانی ۳ بار به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه معتادان بهبود یافته ایست که در حال حاضر در مراکز کاهش آسیب البرز مشغول به کار شده اند که از بین آنها ۲۴ نفر به روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب شد. سپس از ۲۴ نفر انتخاب شده ۱۲ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند که تا پایان اجرای پژوهش یک نفر از اعضای گروه آزمایش از پژوهش خارج شد. ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از: سابقه سوء مصرف مواد مخدر، جنسیت مذکر، عدم مصرف مواد مخدر و داروهای درمان اعتیاد در حال حاضر، محدوده سنی ۳۰-۶۰سال، تحصیلات زیر دیپلم، رضایت و موافقت برای شرکت در پژوهش.ملاکهای خروج از مطالعه عبارت بودند از:دریافت سایر مداخلات روان شناختی، مصرف مواد در زمان پژوهش، مصرف داروهای روانپزشکی.

بیمارانی که با توجه به معیارهای ورورد به پژوهش واجد شرایط بودند، به شیوه در دسترس انتخاب شدند. پس از انتخاب، اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور آنها در جلسه، تعداد و زمان جلسات به هر آزمودنی داده شد. جلسات هفته ای یک بار در مرکز اجرا شدند. آزمودنی ها به طور شبانه روزی در مرکز مشغول به فعالیت هستند.در آغاز درمان ابتدا پیش آزمون به عمل آمد و شاخص های کارکردهای اجرایی و مؤلفه های کیفیت زندگی ارزیابی گردید. سپس افراد به صورت گروهی تحت آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان به مدت ده جلسه قرار گرفتند. برای کنترل

[1]. Garnefeski & Kraaij
[2]. Gross
[3]. Nell @ Christensen

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.1.7]

عوامل تهدید کننده روایی درونی پژوهش، یک گروه کنترل هم در نظر گرفته شد که فقط در مرکز حضور داشتند و درمان خاصی دریافت نمی کردند. در پایان جلسات، شاخص هایی که در پیش آزمون ارزیابی شده بودند مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند.همچنین یک پیگیری یک ماهه نیز انجام شد.

ابزار

آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین (WCST): در مطالعه رفتارهای انتزاعی و انعطاف پذیری شناختی از این آزمون به طور وسیعی استفاده شده است. رایج ترین شاخص های اندازه گیری کارکردهای اجرایی شناختی، در آزمون ویسکانسین، تعداد طبقات درست شده توسط آزمودنی و میزان خطاهای تکراری است (استراس[1] و همکاران، ۲۰۰۶). در این آزمون تعداد طبقات تکمیل شده به ده کارتی که به صورت متوالی و درست بر اساس معیار مورد نظر انتخاب می شود، اشاره دارد که حداکثر شش طبقه است. خطاهای تکراری شامل تعداد خطاهایی است که پس از در نظر گرفتن قاعده جدید و دریافت بازخورد، از آزمودنی سر می زند.این آزمون ابتدا توسط گرانت و برگ[2](۱۹۴۸) طراحی شد. آزمون متشکل از دو دسته کارت ۶۴ تایی غیرمشابه با رنگ های سبز، آبی، قرمز و زرد و اشکال مثلث، ستاره، صلیب و دایره و با تعداد یک، دو، سه و چهار به عنوان کارت های پاسخ و چهار کارت به عنوان کارت های محرک می باشد. برای اجرای آزمون ابتدا ۴ کارت محرک در مقابل آزمودنی قرار داده می شود. آزمونگر ابتدا رنگ را به عنوان معیار دسته بندی قرار می دهد بدون اینکه این اصل را به آزمودنی اطلاع دهد و از وی می خواهد بقیه کارت ها را یک به یک در زیر چهار کارت الگو قرار دهد. بعد از هر کوشش به آزمودنی گفته می شود که جای گذاری وی درست است یا خیر. اگر آزمودنی بتواند به طور متوالی ۱۰ دسته بندی صحیح انجام دهد، اصل دسته بندی تغییر می کند و اصل بعدی، شکل خواهد بود. تغییر اصل فقط با تغییر الگوی بازخورد بله و خیر انجام می شود بدین ترتیب پاسخ صحیح قبلی در اصل جدید، پاسخ غلط تلقی می شود. اصل بعدی تعداد است و سپس سه اصل به ترتیب تکرار می شوند. آزمون وقتی متوقف می شود که آزمودنی بتواند با موفقیت، ۶ طبقه را به طور صحیح دسته بندی کند.روایی این آزمون برای نقایص شناختی به دنبال آسیب های مغزی بالای ۸۶/۰ و پایایی آن در نمونه ایرانی با روش یازآزمایی ۸۵/۰ وپایایی بین ارزیاب این آزمون در حد عالی و بالای ۸۳/۰ گزارش شده است (مرادی، جباری، میرآقایی و پرهون، ۱۳۹۰).

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسش نامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می گیرد.سازنده آن سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین المللی در سال ۱۹۸۹ می باشد. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی، ضریب آلفای کرونباخ بین ۷۳/۰ تا ۸۹/۰برای خرده مقیاس های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. در ایران نیز نصیری (۲۰۰۷)، برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته ای، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۶۷/۰، ۸۷/۰ و ۰ بود. هم چنین پایایی مقیاس کیفیت زندگی را نجات (۲۰۰۷) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر، ۸۴/۰ برای سلامت جسمی ۷۰/۰، سلامت روانی۷۷/۰، روابط اجتماعی ۶۵/۰ و برای کیفیت محیط زندگی برابر ۷۷/۰ گزارش شده است.

شیوه اجرای پژوهش

محتوای جلسات آموزشی راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گروس در جدول یک ارائه شده است. بسته کامل درمان آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گروس توسط قائدنیای جهرمی، حسنی و حاتمی (۱۳۹۲)، اعتباریابی گردید.با توجه به آنچه در محتوای جلسات آموزشی راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گروس مشاهده می شود، هنگام آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گروس، درمانگر مهارت ها را برای رفتارهای سوء مصرف مواد هدف گذاری می کند. جلسات ۹۰ دقیقه طول می کشد.

اطلاعات جمع آوری شده، با استفاده از روش های تجزیه و تحلیل آمار توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفت. جهت تعریف اطلاعات دموگرافیک از شاخص هایی چون میانگین، انحراف استاندارد و غیره استفاده شد.برای تحلیل داده های پژوهش و میزان اثربخشی از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است.دلیل استفاده از این روش مطالعه اثر متغیر مستقل بر وابسته در دو کنترل و آزمایش بوده که با توجه به وجود پیش آزمون و چند مولفه‌ای

[1]. Strauss
[2]. Grant @ Berg

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.1.7]

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان تنظیم فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گروس

جلسات	مراحل	محتوای جلسات
جلسه اول		بیان منطق و مراحل مداخله، ضرورت تنظیم هیجان، چرا باید این مهارت را بیاموزیم، دیدگاه های درست در مورد هیجان ها کدامند، مروری بر هیجان های اولیه و ثانویه، همه هیجان ها به ما کمک می کنند.
جلسه دوم	انتخاب موقعیت	ارائه آموزش هیجانی هیجان نرمال و هیجان مشکل آفرین، خودآگاهی هیجانی: ۱) آموزش و معرفی هیجان. ۲) شناسایی و نامگذاری و برچسب زدن به احساسات. ۳) تمایز میان هیجانات مختلف.۴) شناسایی هیجان در حالت فیزیکی و روانشناختی. ۵) عوامل موفقیت در تنظیم هیجان.
جلسه سوم	انتخاب موقعیت	ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارت های هیجانی اعضا: ۱)خود ارزیابی با هدف شناخت تجربه های هیجانی خود. ۲) خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب پذیری هیجانی در فرد.۳) خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی فرد.۴) پیامدهای شناختی واکنش های هیجانی .۵) پیامدهای فیزیولوژیک واکنش های هیجانی. ۶) پیامدهای رفتاری واکنش های هیجانی و رابطه این سه با هم. ۷) معرفی هیجان خشم و راههای غلبه بر خشم.
جلسه چهارم	اصلاح موقعیت	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان: ۱)جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب. ۲) آموزش راهبردهای حل مسئله. ۳) آموزش مهارت های بین فردی (گفتگو،اظهار وجود و حل تعارض).
جلسه پنجم	گسترش توجه	تغییر توجه ۱)متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی. ۲) آموزش توجه.
جلسه ششم	ارزیابی شناختی	تغییر ارزیابی های شناختی ۱)شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آن ها روی حالت های هیجانی. ۲) آموزش راهبرد باز ارزیابی.
جلسه هفتم	تعدیل پاسخ	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان ۱)شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن.۲) مواجهه. ۳) آموزش ابراز هیجان. ۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده های محیطی. ۵) آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.
جلسه هشتم	ارزیابی و کاربرد	ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد ۱)ارزیابی میزان نیل به اهداف. ۲) کاربرد مهارت های آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه. ۳) بررسی و رفع موانع انجام تکالیف.
جلسه نهم		مرور جلسات و تمرین مهارت های آموخته شده.
جلسه دهم		مرور جلسات و تمرین مهارت های آموخته شده.

بودن متغیر کارکردهای اجرایی، این روش مناسب ترین روش آماری می باشد.

یافته‌ها

همانطور که جدول ۲ نشان می دهد، آزمودنی های مورد مطالعه در دامنه سنی ۳۰تا ۵۸سال با میانگین سنی ۲/۴۱ سال بودند

جدول ۳ بیانگر میانگین گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه های کارکردهای اجرایی است.این جدول نشان می دهد که میانگین مؤلفه های تعداد کوشش های صحیح و تعداد طبقات افزایش یافته و میانگین مؤلفه های پاسخ های درجاماندگی و خطاهای درجاماندگی کاهش یافته است.

مفروضات تحلیل کواواریانس شامل بهنجاری، استقلال داده‌ها و همگنی واریانس ها بررسی شد.به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس ها در تحلیل کوواریانس چندمتغیری، آزمون لوین و آزمون کرویت بارتلت انجام شد. با توجه به داده های به دست آمده از آزمون لوین (f=۰/۱۶، p=۰/۰۵) و آزمون کرویت بارتلت (f=۰/۱۶، p=۰/۰۵)، استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است.

یافته ها نشان می دهد بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح ۰/۰۵ تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۴ و ۵). بر این اساس می توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (مولفه های کارکردهای اجرایی و کیفیت زندگی) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس های یکراهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام گرفت (جدول ۶ و ۷).

بر اساس داده های جدول ۶، تحلیل کوواریانس یک راهه در متغیرهای تعداد کوشش های صحیح (F=۸۶/۷۹، P<0/05) پاسخ های درجاماندگی (F=۷۸/۴۵، P<0/05)، خطاهای درجاماندگی (F=۷۵/۷۹، P<0/05) و تعداد طبقات (F=۱۸/۳۳، P<0/05) معنادار می باشد. بنابراین اثربخشی

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.1.7]

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد سن به تفکیک گروه

گروه	میانگین	انحراف استاندار	تعداد	حداقل	حد اکثر
آزمایش	۴۱/۲	۶/۷	۱۱	۳۰	۵۸
کنترل	۴۱/۳	۵/۴	۱۲	۳۱	۵۶

جدول ۳- میانگین مؤلفه های کارکردهای اجرایی و کیفیت زندگی به تفکیک گروه و زمان آزمون

گروه		متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
آزمایش	مولفه های کارکردهای اجرایی	تعداد کوشش های صحیح	۷۵/۳۳	۸۶/۳۶	۸۵/۸۴
		پاسخ های درجاماندگی	۱۵/۸۱	۱۲	۱۱/۷۲
		خطاهای درجاماندگی	۱۰/۹۰	۸/۲۷	۸/۳۶
		طبقات تکمیل شده	۳/۸۱	۵/۰۹	۵
	مولفه های کیفیت زندگی	سلامت جسمی	۱۰/۴۵	۱۰/۴۵	۱۰/۵۴
		سلامت روان	۱۲/۲۷	۱۴/۳۶	۱۴/۲۷
		روابط اجتماعی	۱۲/۱۸	۱۴/۷۲	۱۴/۲۷
		محیط زندگی	۱۱/۷۲	۱۴/۹۰	۱۴/۸۱
		کیفیت زندگی	۴۹/۹۰	۵۴/۹۰	۵۴/۳۶
کنترل	مولفه های کارکردهای اجرایی	تعداد کوشش های صحیح	۷۴/۷۵	۷۷/۰۸	۷۷/۴۱
		پاسخ های درجاماندگی	۱۵/۳۳	۱۴/۳۳	۱۴/۲۵
		خطاهای درجاماندگی	۱۰/۹۰	۱۰/۵۰	۱۰/۵۰
		طبقات تکمیل شده	۳/۸۳	۳/۸۳	۳/۹۱
	مولفه های کیفیت زندگی	سلامت جسمی	۱۰/۵۸	۱۰/۷۵	۱۰/۷۵
		سلامت روان	۱۲	۱۲/۳۳	۱۲/۰۸
		روابط اجتماعی	۱۲/۳۳	۱۲/۵۰	۱۲/۵۰
		محیط زندگی	۱۱/۴۱	۱۱/۵۸	۱۱/۶۶
		کیفیت زندگی	۴۹/۸۳	۵۰/۴۱	۵۰/۶۶

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی نظم جویی فرایندی هیجان برمولفه های کارکردهای اجرایی

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر	Sig
اثر پیلایی	۰/۸۵	۲۴/۲۰	۴	۱۸	۰/۸۴	۰/۰۰۱
لامبدای ویکلز	۰/۱۵	۲۴/۲۰	۴	۱۸	۰/۸۴	۰/۰۰۱
اثرهاتلینگ	۵/۳۷	۲۴/۲۰	۴	۱۸	۰/۸۴	۰/۰۰۱

آموزش نظم جویی فرایندی هیجان بر همه مولفه‌های کارکردهای اجرایی، در معتادان بهبود یافته مراکز DIC تأیید می شود.

بر اساس داده های جدول ۷، تحلیل کوواریانس یک راهه در متغیرهای سلامت روان (F=۲۳/۷۰، P<0/05) محیط زندگی (F=۸۴/۴۷، P<0/05)، روابط اجتماعی (F=۳۲/۲۰۱، P<0/05) و کیفیت زندگی (F=۹۴/۵۰، P<0/05) معنادار می باشد و در متغیر سلامت جسمی (F=۰/۸۲، P<0.37) معنادار نیست. بنابراین اثربخشی آموزش نظم جویی فرایندی هیجان بر همه مولفه‌های کیفیت زندگی به جز سلامت جسمی، در معتادان بهبود یافته مراکز DIC تأیید می شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور ارزیابی اثربخشی آموزش تنظیم فرایندی هیجان بر بهبود کارکردهای اجرایی و افزایش کیفیت زندگی در معتادان بهبود یافته مراکز کاهش آسیب (DIC) انجام شد. در این پژوهش درمان بر اساس پروتکل درمانی آموزش تنظیم فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گروس در قالب ده جلسه درمانی برای یک گروه آزمایش اجرا شد. این پروتکل توسط جیمز گروس(۲۰۰۳) برای آموزش چگونگی مدیریت و تنظیم هیجانات افراد ساخته شده است. ازجمله مهم ترین عوامل در شروع و تداوم سوء مصرف مواد مخدر می توان به مشکل در تنظیم هیجان ها اشاره کرد در واقع تنظیم هیجان عامل مهمی در شروع رفتار اعتیادی و

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.1.7]

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی نظم جویی فرایندی هیجان برمولفه های کیفیت زندگی

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	Df خطا	اندازه اثر	Sig
اثر پیلایی	۰/۹۰۶	۳۲/۶۲	۵	۱۷	۰/۹۰۶	۰/۰۰۱
لامبدای ویکلز	۰/۰۹۴	۳۲/۶۲	۵	۱۷	۰/۹۰۶	۰/۰۰۱
اثرهاتلینگ	۹/۵۹۷	۳۲/۶۲	۵	۱۷	۰/۹۰۶	۰/۰۰۱

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی نظم جویی فرایندی هیجان بر بهبود کارکردهای اجرایی

مؤلفه های کارکرد اجرایی	منبع	درجات آزادی	نسبت F	معناداری	توان آزمون
کوشش های صحیح	پیش آزمون	۱	۱۲/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	عضویت گروهی	۱	۸۶/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	خطا	۲۰			
پاسخ های درجاماندگی	پیش آزمون	۱	۰/۰۴	۰/۸۲	۰/۲۰
	عضویت گروهی	۱	۷۸/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۲۰			
خطاهای درجاماندگی	پیش آزمون	۱	۱۳/۲	۰/۸۲	۰/۰۵
	عضویت گروهی	۱	۷۵/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۲۰			
طبقات تکمیل شده	پیش آزمون	۱	۵/۱۴	۰/۳۵	۰/۸۰
	عضویت گروهی	۱	۱۸/۳۳	۰/۰۰۱	
	خطا	۲۰			

جدول ۷- نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی نظم جویی فرایندی هیجان بر بهبود کیفیت زندگی

مؤلفه‌های کیفیت زندگی	منبع	درجات آزادی	نسبت F	معناداری	توان آزمون
سلامت جسمی	پیش آزمون	۱	۶۴/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	عضویت گروهی	۱	۰/۸۲	۰/۳۷	۰/۳۰
	خطا	۲۰			
سلامت روان	پیش آزمون	۱	۹/۱۳	۰/۰۷	۰/۳۱
	عضویت گروهی	۱	۲۳/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	خطا	۲۰			
روابط اجتماعی	پیش آزمون	۱	۲۱/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	عضویت گروهی	۱	۲۰۱/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	خطا	۲۰			
محیط زندگی	پیش آزمون	۱	۱۱/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	عضویت گروهی	۱	۸۴/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	خطا	۲۰			
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱	۱۹/۹۱		۰/۴۹
	عضویت گروهی	۱	۹۴/۵۰		۰/۸۴
	خطا	۲۰			

تداوم اثرات سوء این رفتارها بر شناخت و دیگر حوزه‌های زندگی بیماران است. بر اساس مطالعات انجام شده هیجان‌ها می توانند هم سازمان دهنده توجه و هم مانعی برای سازمان دهی توجه باشند. هم می توانند حل مسأله را تسهیل و هم مختل کنند و همچنین هم باعث ایجاد روابط و هم تخریب آن شوند. این تعاملات دو سویه بین تنظیم هیجان و مولفه‌های کارکردهای اجرایی، نشان دهنده ضرورت آموزش تنظیم هیجان به منظور بهبود کارکردهای اجرایی می باشد (نئومن و همکاران، ۲۰۱۰).

رویکردی که در چند سال اخیر در مورد مسأله اعتیاد در جهان گسترش یافته و یکی از موثرترین رویکردهای نظری در این زمینه است، رویکرد اعتیاد به عنوان یک بیماری

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.1.7]

مغزی است. اعتیاد به طور فزاینده ای به عنوان یک اختلال مغزی مزمن و عودکننده مورد توجه قرار گرفته است (مینتزر و استیزر[1]، ۲۰۰۲). مصرف مواد می تواند باعث آسیب های عصب روانشناختی از جمله آسیب به کارکردهای اجرایی شود. سوء مصرف مواد طیف گسترده ای از مشکلات رفتاری (شامل تأخیر و جلوگیری در شروع وظایف، عدم پایداری در رسیدن به اهداف و کاهش کنترل بر عواطف و هیجانات)، کاهش بازداری از پاسخ که منجر به پاسخ های تکانشی و رفتارهای نامناسب اجتماعی می شود و نقص در عملکردهای اجرایی را موجب می شود (وینستین و شافر[2]، ۲۰۰۸).

یافته های پژوهش حاضر با یافته های پژوهش های مشابه پیشین در زمینه تأثیر تنظیم هیجان بر کارکردهای اجرایی همسو است (گراس، ۲۰۰۳؛ اسمیت و آریگو[3]، ۲۰۰۹؛ ایزنبرگ[4] و همکاران، ۲۰۰۵). لوییس[5] (۲۰۰۴)، ضمن مقایسه تنظیم هیجان با مولفه های کارکردهای اجرایی بیان می کند که مفاهیم تنظیم هیجان و کارکردهای اجرایی شبیه به هم می باشند. نوجوانی که توانایی تنظیم هیجان خوبی دارد، می تواند رفتارهایش را کنترل نماید و در بافت های گوناگون و سازگاری با رویدادهای پراسترس منعطف تر عمل کند همچنین تنظیم هیجان می تواند به عنوان ابزاری برای فهم چگونگی تأثیر هیجان بر فرایندهای دیگر مانند توجه، حل مسأله و رفتار در نظر گرفته شود.

مایر و سالووی (۲۰۰۷) در پژوهش خود نشان دادند که نظم جویی هیجان با توانایی ذهنی بیشتر برای پردازش اطلاعات همراه است این توانمندی می تواند به افراد کمک کند تا درک بهتری از پیامدهای منفی و زیان بار مصرف مواد داشته باشند و بنابراین در برابر فشارهای روانی و اجتماعی برای مصرف مواد موفق تر عمل کنند.

مرور مطالعات گذشته نشان می دهد تنظیم هیجان ممکن است کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. برای مثال نارسایی هیجانی که موجب دشواری در تنظیم هیجان می شود، با کاهش کیفیت زندگی مربوط به سلامت در جمعیت عادی همراه است (کاکماک و سویک[6]، ۲۰۱۰). همچنین پژوهش لوینسون[7] (۲۰۰۹) نشان داد که تنظیم هیجان با هماهنگ کردن فرایندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب می شود وضعیت فرد در ارتباط با محیط تثبیت شود و فرد را به پاسخ های ویژه و کارآمد مناسب با مسائل مجهز می کند و در نهایت موجب بقای جسمانی و اجتماعی وی می شود و در واقع به طور کلی موجب ارتقای کیفیت زندگی فرد می شود. همسو با نتایج پژوهش حاضر، در مطالعه (ایکور و پیار[8]، ۲۰۰۷ و مارتین[9]، ۲۰۰۸) نشان داده شده است که کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد مخدر پایین بوده و درمان تنظیم هیجان نقش بسزایی در بهبود آن دارد. همچنین سمنی و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان دادند که افرادی که مدیریت هیجانی بهتری دارند از میزان سلامت روانی و سازگاری بیشتر و کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. همچنین مطالعات (کلبر[10]، ۲۰۰۹ و استرین و استیزر[11]، ۲۰۱۰) نشان دهنده نامطلوب بودن کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد مخدر است.در یک مطالعه فراتحلیل بین راهبردهای تنظیم هیجان و نشانگان آسیب شناسی روانی در چهار اختلال اضطرابی، افسردگی، خوردن و اختلال سوء مصرف مواد، نشان داده شد که رابطه معنی داری بین این متغیرها و کیفیت زندگی وجود دارد (عیسی زادگان و همکاران، ۱۳۹۱). برخی از پژوهش ها بین تنظیم هیجان منفی و کیفیت زندگی رابطه معناداری یافت نشده است. هیلز و آرگیل (۲۰۰۱) علت این عدم معناداری را تفاوت های بین فردی و درون فردی می دانند که بر کیفیت زندگی افراد تأثیر دارد که ازجمله آن می توان به عوامل روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی اشاره کرد.پژوهش چانون و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان داد که در بررسی رابطه بین تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، رابطه معناداری یافت نشد که در تبیین این مسأله عوامل روانی اجتماعی و تفاوت های بین فردی را مطرح کرده اند.

برخی از پژوهش ها نشان می دهد که گروه های فرهنگی در کنش ها و فراوانی بازداری یا فرونشانی هیجان ها و درجه هیجان منفی حاصل از آنها، با هم متفاوت هستند. به نظر می رسد پژوهش های انجام شده در کشورهای غربی، در خصوص ابرازگری یا فرونشانی هیجانها، به مسأله هنجارها و ارزش های فرهنگی کمتر توجه شده است. مثلا بر خلاف فرهنگ غرب که فرونشانی هیجان ها را با علایم آسیب

[1]. Mintzer & Stizer
[2]. Weinstien & Shaffer
[3]. SMYTH & Arigo
[4]. Eisenberg
[5]. Lewis
[6].Cakmak & Cevik
[7].Levenson
[8].Icor & Piar
[9].Martin
[10].kleber
[11].Strain & Stizer

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.1.7]

روانی مرتبط می داند در فرهنگ آسیایی دامنه وسیعی از شرایط وجود دارد که فرونشانی یا منع هیجانات را تشویق می کند در حالیکه در کشورهای اروپایی روی کارکردهای خودحمایتی بیشتر تأکید می شود(عیسی زادگان و همکاران، ۱۳۹۱).

در تبیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی و کارکردهای اجرایی دراین پژوهش می توان گفت که راهبردهایی که افراد برای تنظیم عواطف خود از آنها استفاده می کنند می تواند موجب ارتقای سطح سلامت آنها در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و بین فردی شود. و از این طریق سطح کیفیت زندگی و کارایی آنها افزایش می یابد (صالحی، ۲۰۱۲). راهبردهای نظم‌جویی هیجانات به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال‌های روانی رابطه مستقیم دارد (کریج، پریوم بوم[1] و گارنفسکی، ۲۰۰۲). نظم‌جویی هیجان باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار ساگارانه افراد می‌شود (گروس و جوهن، ۲۰۰۳). برخی از پژوهش ها نشان می دهد که توانایی تنظیم موفق هیجان با شماری از پیامدهای سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی مرتبط است. برعکس، فرض بر این است که نارسایی در تنظیم هیجان، مکانیسم زیربنایی بسیاری از اختلالات روانی می باشد. هیجان با هماهنگ کردن فرایندهای زیستی، ذهنی و انگیزشی موجب می شود که وضعیت فرد در ارتباط با محیط تثبیت شود و فرد را به پاسخ های ویژه و کارآمد مجهز می کند و در نهایت موجب بقای جسمانی و اجتماعی وی می شود. از طرفی هیجان ها در ایجاد و حفظ و قطع روابط میان فردی نقش مهمی ایفا میکنند و این کار را باتنظیم فاصله بین افراد انجام می دهند زیرا هیجان ها افراد را به سمت هم می کشانند و یا ازهم دور می کنند (ایزنبرگ و همکاران، ۲۰۱۰). به نظر می رسد که همپوشی قابل ملاحظه ای بین مولفه های کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجان وجود دارد. مساله توجه، تمرکز، جابجایی، پردازش اطلاعات، حل مسأله و بسیاری از مفاهیم دیگر کارکردهای اجرایی از نکات قابل ملاحظه در تنظیم هیجان می باشد و زمانی که با آموزش تنظیم هیجان، کارکردهایی اجرایی به موازات هیجانات بهبود می یابند نتیجه را می توان در ارتقا کیفیت زندگی افراد مشاهده کرد. به طور کلی می توان نتیجه گرفت که بهبود کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانات که منجر به افزایش کیفیت زندگی افراد می شود در افراد معتاد بهبودیافته می تواند منجر به تداوم درمان و کاهش نرخ عود و بازگشت مجدد به مصرف گردد.

از آنجا که هدف برنامه های درمان فردی از جمله سم زدایی، درمان های دارویی و روان درمانی، قطع وابستگی به مواد و بازگرداندن فرد معتاد به چرخه زندگی اجتماعی، فردی، خانوادگی، تحصیلی و کاری و ارتقای کیفیت زندگی است، داشتن کیفیت پایین زندگی و ویژگی های جمعیت شناختی خاص، باعث می شود که تمام تلاش های درمانی هم چون " ساخت خانه ای روی آب روان" باشد. به عبارت دیگر، تضمین ایجاد و حتی تداوم امید به درمان و زندگی، نیازمند توجه به عوامل تهدید کننده زندگی معتادان و همچنین ارتقا مهارت ها و کارکردهای فرد و کیفیت زندگی بیمار است. بنابراین به منظور تدوین برنامه های پیشگیری در سطح دوم و سوم، تداوم فرایند درمان و هرگونه سیاست گذاری در سطح کلان نیازمند توجه به مسأله کیفیت زندگی و بهبود توانایی فرد از جمله کارکردهای اجرایی در زمینه های مختلف می باشد (نریمانی، آریان پور و احمدی، ۱۳۹۰).به طور کلی می توان نتیجه گرفت که بهبود تنظیم هیجانات که منجر به افزایش کیفیت زندگی افراد می شود در افراد معتاد بهبودیافته می تواند منجر به تداوم درمان و کاهش نرخ عود و بازگشت مجدد به مصرف گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از پایان نامه ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی نویسنده ی مسوول می باشد. از کلیه ی افرادی که در این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع

Abolghasemi, A., Allahgholilu, k., Narimani, M., Zahed, A.(2010). Emotion regulation strategies in substance abusers have high reactivity and low. Journal of Guilan University of Medical Sciences, 20(77), 15-22.

Aldao, A., Nolen-H oeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 30(2), 217-237.

Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance

1 .Pruymboom

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.1.7]

affect, relationships, and well-being. Journal Personality Society Psychology; 85(2): 348–62.

Icor, M. Pier, P.(2007). Cognitive behavior therapy for quality of life in substance abuse. J Subst Abuse Treat, 9,1-8.

Levenson ,R.W.(2009). The intrapersonal functions of emotion. Journal of Cognitive and Emotion . 13 (5): 481-504.

Lewis, D. L. & Stieben, J. (2004). Emotion regulation in the brain: Conceptual issues and directions for developmental research. Child Development, 75, 371-376.

Martin, R.(2008). Cognitive behavior therapy for quality of life and depression in adolescent substance abuse. J Subst Abuse Treat; 135-56.

Mashhadi, A., Mirdurghi. F., Hasani, G.(2011). The role of cognitive emotion regulation strategies in internalizing disorders in children. Journal of Clinical Psychology , 3(3), 23-34.

Mayer, J. D., & Salovey, P. (2007). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. Intelligence, 27(4), 267-298.

Mintzer, MZ., Stitzer ML(2002). Cognitive impairment in methadone maintenance patients. Drug Alcohol Depend; 67, 41-51.

Moradi, A., Jabbari. H., Miraghayi. A., Parhon, H. (2011). AIDS patients in executive function performance. Journal of Modern Psychology, 6,15-24.

Nejat, S. (2006). Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire. ournal of School of Public Health and Institute of Health Research , 3(2),51-62.

Nell, A. L., & Christensen , H.(2009). Efficacy and effectiveness of school based prevention and early intervrntion programs for anexiety. Clinical psychology Review, 29, 208-215.

Parker, JD., Taylor, RN., Eastabrook, JM., Schell ,SL., Wood ,LM.(2008). Problem Gambling In Adolescence: Relationships with Internet Misuse, Gaming Abuse And Emotional Intelligence. Personality and Individual Differences; 45, 174-180.

Ryff, CD., Singer, B. (1998). The contours of positive human health. Psychology Inquiry.; 9(1), 1-28.

Salehi, A. (1390). Comparison of the effectiveness of teaching emotion regulation strategies based on gross and dialectical behavior therapy in reducing symptoms of emotional problems students of Isfahan University. Family counseling doctoral dissertation, University of Esfahan.

Samani, S., Sohrabi Shegefti, N., Mansoori, S. (2011). The mediation role of cognitive emotion regulation for parenting style and emotional problems. Journal of Psychological Methods and Models. 1 (3), Pp. 120-131. Persian.

Struss, D. T., & Alesander, M. P.(2006). executive function and the frontal lobes: A conceptual view. Psychology reaserch, 63, 289-298.

dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. The American journal of drug and alcohol abuse, 37(1), 37-42.

Babayi, Z., Hasani, G., Mohammadkhani, SH.(2012). The effects of emotion regulation skills training based on dialectical behavior therapy tempted people with substance abuse. Single-subject study. Journal of Clinical Psychology, 4(3),15-21.

Bell, M. A., & Wolfe, C. D. (2007). The integration of cognition and emotion during infancy and early childhood: Regulatory processes associated with the development of working memory. Brain and Cognition, 65(1), 3-13.

Blume, A. W. (2005). Treating drug problems. New York: John Wiley.

Cakmak, AF ., Cevik .EI(2010). Cognitive emotion regulation questionnaire: Development of Turkish version of 18- item short form. African Journal of Business Management .4,2097-102.

Clark M, Hampson SE(2001). Implementing a cognitive – behavior. Therapy intervention to improve life style self – management inpatients with type 2 diabetes. Educouns 2003; (42):245-56.

DeLeon, G. (2009). The therapeutic community: Theory model and method. New York: Springer.

Dimeff, L. A., Korner, K.(2007). Dialectical behavior therapy in clinical practic.NewYork: Gilford press.

Eisenberg, N., Sadovsky, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Losoya, S. H., Valiente, C., ... & Shepard, S. A. (2005). The relations of problem behavior status to children's negative emotionality, effortful control, and impulsivity: concurrent relations and prediction of change. Developmental psychology, 41(1), 193.

Furgus, S., & Zimer man, M. A.(2009). Adolesent resilience: A framwork for anderstanding healthy development in the face of risk. Annual Review of public Health, 26, 399-419.

Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., Kommer, T. (2003). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. Personality and Individual Differences; 25,603-11.

Garnefski, N., Van-Der-Kommer, T., Kraaj, V., Teerds, J., Lederstee, J., Tein, E. O. (2001). The relationship between cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional problems: Comparison between a Clinical Sample. European Journal Personality; 16,403-420.

Grant, D. A., & Berg, E. (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card-sorting problem. Journal of experimental psychology, 38(4), 404.

Gross, J. J. (1998).The emerging field of emotion regulation:An integrative review. Review general Psychology; 2(3), 271-299.

Gross, J. J., John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.1.7]

Smyth, L., Arigo, P. C. (2009). Trait emotional intelligence, conflict communication patterns, and relationship satisfaction. Personality and individual differences, 44(6), 1314-1325.

Szasz, P. L., Szentagotai, A., & Hofmann, S. G. (2011). The effect of emotion regulation strategies on anger. Behaviour research and therapy, 49(2), 114-119.

Tottenham, N., Herii, A., Voss, H. U., Glover, G. H., & Casey, B. J. (2011). Biological substrates of emotional reactivity and regulation in adolescence during an emotional go-nogo task. Biological psychiatry, 63(10), 927-934.

Trinidad, D. R., Johnson, C. A. (2002).The Association between Emotional Intelligence and Early Adolescent Tobacco and Alcohol Use. Personality and Individual Differences; 32(1), 95-105.

Weinstein, CS., Shaffer, HJ (2008). Neurocognitive aspects of substance abuse treatment: A psychotherapist's primer. Psychotherapy Theory Research & Practice; 30, 317-33.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.1.7]